

別添資料4-1 事前アセスメント表 (例)

お名前 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

A. 個別相談や医師への相談の必要性			
1	この3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をされましたか	はい	いいえ
2	呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか	はい	いいえ
3	下痢や便秘が続いていますか	はい	いいえ
B. 体重			
1	定期的に体重を測定していますか 直近の時期に測定した身長 _____ cm、体重 _____ kg	はい	いいえ
2	この3ヶ月間に体重が減少しましたか	はい	いいえ
3	この3ヶ月間に体重が増加しましたか	はい	いいえ
C. 食事の内容			
1	1日に何回食事をしますか	_____ 回	
2	肉、魚、豆類、卵などを1日に何回、食べますか	1日に _____ 回 または週に _____ 回	
3	野菜や果物を1日にどの位食べますか	1日に _____ 皿 または週に _____ 皿	
4	牛乳やヨーグルト、チーズなどの乳製品、豆乳を1日に何回位食べますか	1日に _____ 回 または週に _____ 回	
5	水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を1日に何杯位飲みますか	1日に _____ 杯	
6	健康のためなどで、意識して食べている食品、補助食品、サプリメントなどがありますか	はい	いいえ
D. 食事の準備状況			
1	自分(料理担当者の())が、食べ物を買うに行くのに不自由を感じますか	はい	いいえ
2	自分(料理担当者の())が、食事の支度をするのに不自由を感じますか	はい	いいえ
E. 食事の状況			
1	食欲はありますか	はい	いいえ
2	食事をすることは楽しいですか	はい	いいえ
3	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	はい	いいえ
4	毎日、ほぼ決まった時間に食事や睡眠をとっていますか	はい	いいえ
F. 特別な配慮の必要性			
1	食べ物でアレルギー症状(食べると下痢や湿疹がでる)がでますか	はい	いいえ
2	1日に5種類以上の薬を飲んでいませんか	はい	いいえ
3	医師に食事療法をするように言われていますか	はい	いいえ
G. 口腔・嚥下			
1	小さくしたり刻まないと食べられない食品がありますか	はい	いいえ
2	飲み込みにくいと感ずることがありますか	はい	いいえ
H. 主観的な意識			
1	自分の健康状態をどう思いますか	_____ 1(良い) 2 3 4 5(良くない)	
2	自分の健康状態を良くするために、食事の調整を出来ると思えますか	_____ 1(できる) 2 3 4(できない)	